

الإجهاض المتكرر (المعتاد)

يعرّف الإجهاض المعتاد بحدوث ٣ حالات متتالية من الإجهاض العفوي (غير المحرض) ، الجنين <٢٠ أسبوع أو < ٥٠٠ وتبلغ نسبته ١% ، وتشكل إجهاضات الثلث الثاني حوالي ١٠% فقط من كل حالات الإجهاض المتكرر.

السببيات:

١. الشذوذات التشريحية في الجهاز التناسلي سواء كانت خلقية أو مكتسبة : سبب ١٥% من حالات خسارة الحمل المتكرر في الثلث الأول و حوالي ٣٠% في الثلث الثاني و أهمها:

قصور عنق الرحم : خلقي أو مكتسب .

- الخلقي : تولد الأنثى بعنق رحم قاصر أو فوهة باطنة قاصرة.
- المكتسب : تداخل جراحي على عنق الرحم أدى إلى قصوره ،مثل تطبيق ملقط ،الخزعة المخروطية ،ولادة أجنة مقعدية.

الرحم ذو القرنين و الرحم وحيد القرن و الرحم ذو الحجاب.

٢. الشذوذات الهرمونية : ٢٥ %.

- خلل وظيفة الغدة الدرقية .
- الداء السكري : تزداد خطورة حدوث الإجهاض العفوي ٣ أضعاف عند وجود سكري صريح غير مضبوط .

- عوز البروجسترون : و هو سبب معظم حالات الإجهاض المعتاد بالأسباب الهرمونية حيث يحدث قصور في الجسم الأصفر و لا ينتج كمية كافية من البروجسترون .

٣. الأخماج : تتضمن العوامل الممرضة المتهمة بإحداثها الإجهاض المتكرر كل من الميكوبلازما و اليوريابلازما يوريا ليتيكوم و الكلاميديا و النيسرية البنية و الليسترية المستوحدة و البروسيلة و الحلأ البسيط النمط ٢ و الفيروس المضخم للخلايا CMV .

٤. العوامل المناعية : خلل في المناعة الذاتية للمريضة .

- أمراض المناعة الذاتية كأمراض الغراء الوعائي (الذأب الحمامي الجهازي)
- متلازمة أضداد الفوسفوليبيد : وجود أضداد الفوسفوليبيد أو أضداد الذأب قد يؤدي لحدوث خثار مشيمي وخسارة الجنين و نتوجه بالتشخيص لهذه المتلازمة بحدوث وفاة جنينية مجهولة السبب بعد الثلث الثاني من الحمل أو حدوث إسقاطين متكررين أو أكثر قبل الأسبوع العاشر من الحمل .
- وجود مستضدات كريات بيضاء بشرية مشتركة HLA لدى الأم و الأب.
- إنتاج الأم لأضداد مضادة لنطاف الأب سواء في مخاط عنق الرحم أو الدم قد يؤدي للعقم أو الإجهاض .

٥. الأمراض الجهازية : كارتفاع التوتر الشرياني المزمن و المرض الكلوي المزمن و فقر الدم المزمن .

٦. الأسباب الوراثية: شذوذات صبغية: إما على مستوى:

- المادة المجهضة : التثلث الصبغي الجسدي ، تضاعف الصيغة الصبغية ، حذف X(XO) (متلازمة تورنر) حيث نأخذ المادة لمجهضة (الجنين المجهض) و ندرسه صبغياً بأخذ خلايا من الجنين أو السلى ، لكن لا نأخذ خلايا من المشيمة.
- عند الوالدين : مثل الإزفاء غير المتوازن حيث ينتقل للأجنة ويسبب تشوّه.

الإزفاء : هو حصول تبادل لقطعة صبغية بين صبغيين، و يكون متوازن إذا كانت القطعتان متماثلتين بالحجم و الطول ، و غير متوازن إذا لم تكونا متماثلتين.

- إن نسبة حدوث الأنماط النووية الشاذة تتراوح بين ٤-١٠% عند الزوجين اللذين يعانيان حالة الإجهاض العفوي المتكرر و تتجلى الشذوذات الأكثر تواردا بالإزفاء و الموزايكية و حالات الحذف و الانقلاب.

٧. مجهول السبب

التشخيص:

- **القصة**: يجب علينا التركيز على المسببات و عوامل الخطورة بعد السؤال عن الشكوى الرئيسية ، فمثلاً: التمزق العفوي للأغشية الذي يتلوه قذف الجنين مصحوباً بتقلصات رحمية مؤلمة بشكل طفيف في الثلث الثاني من الحمل توجه لقصور عنق الرحم .

- **الفحص الفيزيائي:** كشف التشوهات العنقية الرحمية بواسطة منظار المهبل: مثل وجود حجاب مهبلي -----> نشك بالتشوه المولري.

- **الاستقصاءات المخبرية :** تبعاً للسبب المشكوك به:

i. العيوب الجنينية : النمط النووي للوالدين و النمط النووي للمادة المجهضة .

ii. الشذوذات التشريحية للسبيل التناسلي:

- **تنظير بطن:** لكشف وجود رحم ذو قرن أو رحم ذو قرنين
- **تنظير باطن الرحم** : لكشف حجاب مهبلي أو بالاشتراك مع تنظير البطن لكشف الرحم ذو القرنين.
- **صورة رحم ظليلة** : ترينا شكل التجويف الداخلي للرحم ونفوذية البوقين.
- يشخص قصور عنق الرحم بإمرار موسع هيغار رقم ٨ عبر الفوهة الباطنة دون ألم أو مقاومة و يبدي بصورة الرحم الظليلة شكلاً قمعياً وقد يشخص بالايكو أثناء الحمل.

ملاحظة :

موسع هيغار: عبارة عن أنابيب معدنية مصمتة لها عدة قياسات تختلف عن بعضها ب ٠.٥ ميلي.

III. الشذوذات الهرمونية : نعاير الهرمونات الدرقية و TSH و لنفي عيوب الطور اللوتئيني يقاس البروجسترون في المصل في الطور اللوتئيني (النصف الثاني من الدورة اليوم ٢١ أو ٢٢) و أخذ خزعة بطانة الرحم في وقت متأخر من هذا الطور (لتحري وجود تبدلات بروجسترونية في البطانة) ، معايرة الخضاب الغلوكوزي لتحري السكر إذا كان مضبوط .

IV. الخمج: يجب الحصول على نسيج عنقي أو من بطانة الرحم لإجراء الزروع لتحري العوامل الممرضة و عن طريق المعايرات المصلية.

V. العوامل المناعية : تحري الأضداد المضادة للنوى و أضداد الفوسفوليبيد و الأضداد المضادة للنطاف و تحديد نمط الHLA-A وHLA-B و نمط الترانسفيرين C عند الزوجين و أضداد الذأب .

VI. معالجة الأمراض الجهازية : نتحرى الوظيفة الكلوية و وجود فقر دم و الضغط الشرياني إذا كان مضبوطاً أو لا .

التدبير:

تبعاً للسبب:

- **<u>الاضطرابات الجينية</u> : نستطيع بواسطة الإخصاب المساعد (وهو أخذ بويضة من الأم و نطفة من الأب و تلقيحهم خارج جسم الأم ثم إعادتهم بعد أن تنقسم و تصبح مضغة للرحم) أن نحدد الصيغة الصبغية لخلايا المضغة فمثلاً إذا كانت الصيغة الصبغية غير طبيعية لا نعيدها للرحم.**

- **<u>الشذوذات التشريحية</u> : المعالجة جراحياً عادة : يصحح قصور عنق الرحم بالتطويق بين الأسبوعين ١٢-١٤ من الحمل وفق إحدى الطرق التالية SHIRODKAR ، MACDONALD أو بالتطويق عبر البطن في حال فشل**

التطويق عبر المهبل في حمل سابق أو إذا كان العنق قصيراً جداً أو مخروطي أو مبتور بعمل جراحي سابق .

- **الشذوذات الهرمونية** : معالجة الدرق – ضبط سكر الدم – المعالجة بالبروجسترون عن طريق الأبر أو التحاميل .
- **العوامل المناعية** : اللمفاويات الأبوية المنقاة.
- **الخمج** : الصاد الملائم إذا ثبت وجود الخمج.
- **المرض الجهازي:** معالجة هذا المرض.

الإنذار :

- تبلغ نسبة حدوث الإجهاض في الثلث الأول عقب إجهاض واحد ٢٤%، عقب إجهاضين ٢٦% ، عقب ٣ إجهاضات ٣٢%
- نسبة الإسقاطات المتكررة ١% من مجمل الإسقاطات التي تبلغ نسبتها ١٥-٢٠ % في كافة الحمول.

مرض الأرومة الغاذية الحملية Gestational Trophoblastic Disease

- يضم مرض الأرومة الغازية الحملية طيفاً واسعاً من الأمراض المتداخلة وهي:
  - الرحى العدارية الكاملة أو الجزئية الحميدة .
  - ورم الأرومة الغازية في الموقع المشيمي .
  - السرطانة المشيمائية choriocarcinoma التي تحمل إمكانية الانتقال الموضعي و البعيد .
- إن مرض الأرومة الغازية الحملية المستمر يتلو غالباً حملاً رحوياً و قد يبدأ بعد أي حادث حملي بما في ذلك الإجهاض العلاجي أو العفوي ، الحمل الهاجر أو بعد حمل بتمامه .

ملاحظة :

عند معايرة B-HCG يبقى مرتفعاً بعد الأسبوع ١٦ في الأرومة الغازية الحملية المستمرة و كذلك في السرطانة المشيمائية

الرحى العدارية Hydotidiform mole

- ورم يصيب الزغابات المشيمائية.
- نسبة الحدوث :

- الرحى الكاملة : ١\٢٠٠٠
- الرحى الجزئية ١\٧٠٠

عوامل الخطورة :

١. الحمل الرحوي السابق .
٢. نقص الوارد الغذائي من الكاروتين (عوز فيتامين A)
٣. عمر الأم الذي يزيد عن ٣٥ سنة و بصورة خاصة فوق ٤٠ سنة (حيث البيضة لديهن أكثر عرضة للإخصاب الشاذ) .
٤. العمر دون سن ١٥ يحمل خطراً متوسطاً.

ملاحظة :

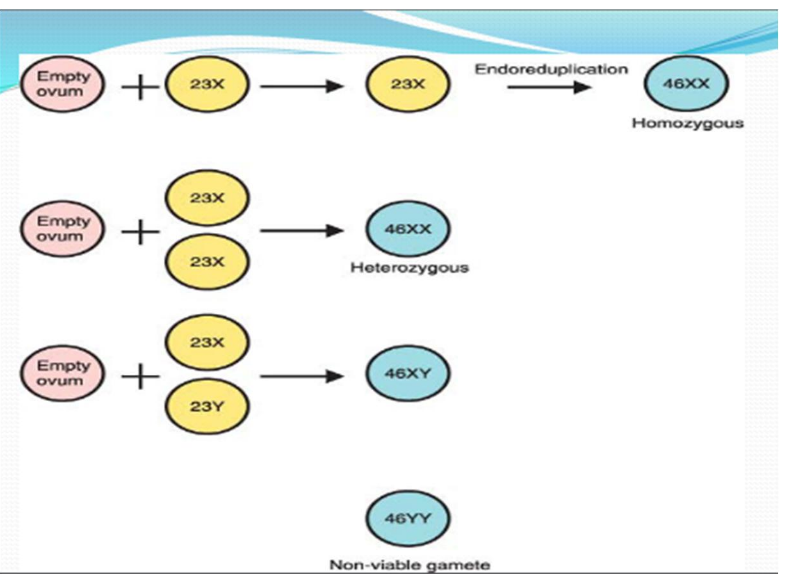
لا يوجد ترافق بين عمر الأم أو نقص الوارد الغذائي من الكاروتين و خطر حدوث الرحى الجزئية .

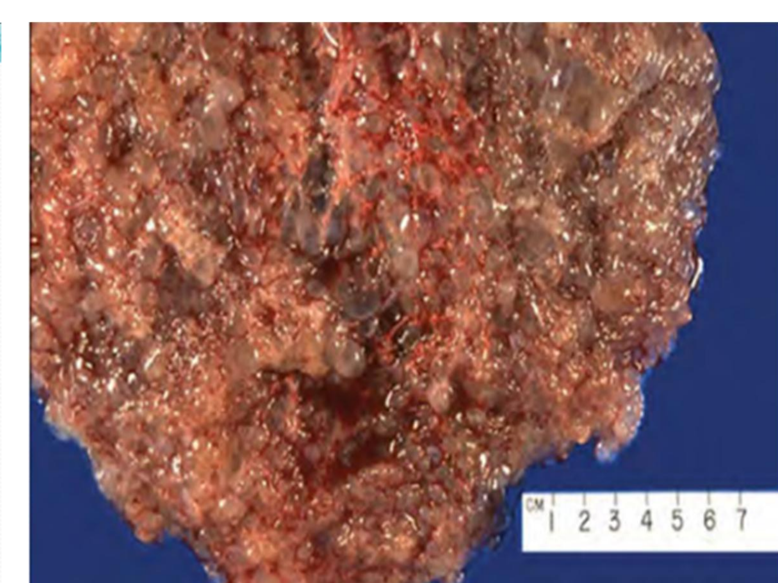
أنماط الرحى العدارية :

١. الرحى العدارية الكاملة .
٢. الرحى العدارية الجزئية.

الرحى العدارية الكاملة:

- الصيغة الصبغية : إن النمط النووي للرحى العدارية الكاملة هو في ٩٠% من الحالات 46XX و في ١٠% يكون 46XY و تكون كل الصبغيات من منشأ أبوي حيث تخصب النطفة ذات الصيغة الصبغية الفردية X البيضة ذات النواة الغائبة أو المثبطة ، ثم تضاعف صبغياتها الخاصة و في أحوال نادرة يحدث إخصاب بنطفتين يتلو ذلك ضياع لمجموعة صبغيات الأم .
- الصيغة الصبغية YY غير قابلة للحياة لا يحدث حمل .





صورة عيانية لرحى عدارية كاملة : تشبه عنقود العنب،يحصل تورم ووذمة في الزغابات ، و تحصل كيسات و حويصلات منتشرة عدارية الشكل (تحوي سائل ضمن الحويصلات) وتكون الزغابة خالية من الأوعية الدموية و لا يوجد نسيج جنيني و يوجد تكاثر منتشر بالخلايا (التروفوبلاست).

التشريح المرضي:

عيانياً:

- **الرحم :** أكبر من الحجم المتوقع بالنسبة لعمر الحمل حيث يكون متمدد بعدد كبير من الحويصلات المختلفة الحجم من 2ml إلى أكثر من 2cm ولكل حويصلة سويقة رفيعة تحوي سائل مائي رائق و يكون ليناً عجيني القوام.
- **الكيسات المبيضية اللوثئتنية القرابية :** بحجم يصل لأكثر من 6cm عند نصف المريضات المصابات بالرحى الكاملة نتيجة ارتفاع مستوى ال HCG في المصل ،وتشخص بواسطة الايكو و تتراجع بعد إفراغ الرحى عفوياً خلال ٢-٣ أشهر دون الحاجة لعمل جراحي .

مخبرياً:

- تبدي الزغابات المشيمائية تورم وذمي معمم و حويصلي و عداري الشكل مع فرط تنسج منتشر في الأوعية الغاذية و تكون الزغابات خالية من الأوعية و لا توجد أنسجة مضغية أو جنينية.

المظاهر السريرية :

أصبحت الرحى العدارية تشخص بشكل باكر باستخدام التصوير بالصدى قبل أن تعطي اللوحة السريرية الخاصة بها ، و تتظاهر سريرياً بشكل كلاسيكي بما يلي:

الأعراض :

- **النزف المهبلي :** هو العرض الأول و الأكثر شيوعاً و يلاحظ في ٩٧% من الحالات ، قد يسبب فقر دم أو صدمة نقص الحجم إذا كان النزف شديد، في أغلب الحالات يحدث إجهاض عفوي و تشاهد المريضة مرور الحويصلات المميزة للرحى العدارية مع الدم (مشخصة بنسبة ١٠٠% تقريباً).
- **حجم الرحى المفرط** : أكبر من العمر الحملي و تشاهد عند ٢٥-٥٠% من الحالات و في ثلث الحالات يكون حجم الرحم أصغر من المتوقع .
- **ما قبل الإرجاج :** ٢٥% من الحالات و يجب الشك بالرحى العدراية عندما يتطور ما قبل الإرجاج قبل الأسبوع ٢٠ من الحمل .

- **فرط نشاط الدرق** : في الرحى العدارية يرتفع B-HCG والذي له تركيب مشابه ل TSH مما يؤدي لتأثير متصالب على مستقبلاته و يسبب زيادة T3 ، T4 لكنه يشخص مخبرياً و دون أعراض سريرية غالباً
- **الإقياءات الحملية المفرطة** : ٢٥% من الحالات ، بسبب تأثير B-HCG.
- **الضائقة التنفسية :** ٢% من الحالات ، بسبب (الانصمام بالأرومة الغاذية أو الاختلاطات القلبية الرئوية للعاصفة الدرقية و ما قبل الإرجاج أو بسبب التعويض الخاطئ للسوائل يحدث وذمة رئة).

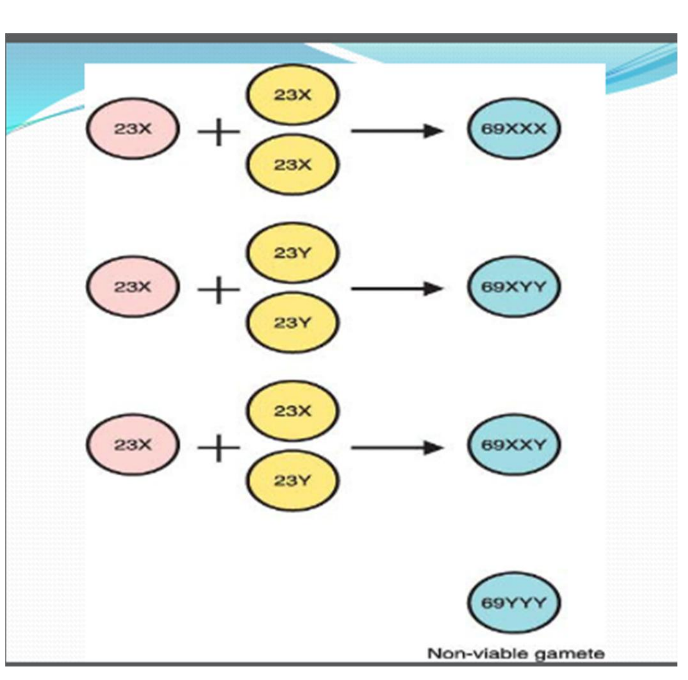
العلامات:

- العامة : علامات الحمل المبكر ، ما قبل الإرجاج ، فرط نشاط الدرق ، فقر الدم .
- فحص البطن: البطن أكبر حجماً من المتوقع ، غياب الإحساس بالأجزاء الجنينية ، غياب أصوات قلب الجنين ،ولا تشعر المريضة به.
- مهبلياً يعتبر وجود الحويصلات علامة مؤكدة للتشخيص.

الرحى العدارية الجزئية

الصيغة الصبغية : النمط النووي ثلاثي الصيغة الصبغية 69XXX- 69XXY و المجموعة الصبغية الإضافية تأتي من الأب عادة.

التشريح المرضي :



- يشبه التشريح المرضي في الرحى العدارية الكاملة لكن هنا بؤري.
- يمكن التعرف على أنسجة جنينية او مضغية : غالباً يتم التشخيص بعد أن تجهض المريضة فيجرى فحص المادة المجهضة فتكشف الرحى العدارية الجزئية
- تظهر زغابات مشيمائية مختلفة الحجم مع تورم بؤري عداري الشكل مع تكهف و فرط تنسج الأرومة الغاذية وغياب الأوعية من الزغابات المصابة.

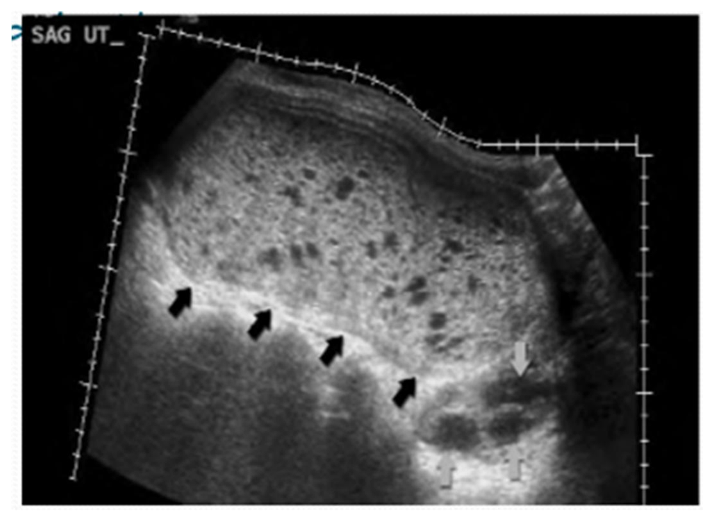
الأعراض السريرية :

تشاهد المريضة عادة و هي تعاني من أعراض و علامات الإجهاض الناقص أو الفائت و قد يوضع التشخيص بالتشريح المرضي للمجروفات.

الاستقصاءات:

التصوير بالأمواج فوق الصوتية :

- الرحى الكاملة تعطي نموذج صدوي وصفي للحويصلات و هو منظر العاصفة الثلجية و في ٥٠% من الحالات نرى كيسات لوتئينة صندوقية على المبيضين.
- الرحى الجزئية : يلاحظ وجود أحياز كيسية بؤرية (غير شاملة لكامل الرحم)في الأنسجة المشيمية و زيادة القطر المعترض لكيس الحمل.



اللون الأسود : سائل

B-HCG المصل تكون مستوياته مرتفعة و تصل لأكثر من ١٠٠ ألف ميلي وحدة دولية في ال(مل) و هي مرتفعة مقارنة بالحمل الطبيعي بنفس العمر الحملي.

التشخيص التفريقي :

- أسباب النزف في الحمل الباكر (الإجهاض و التهديد بالإجهاض و الحمل الهاجر).
- أسباب كون الرحم أكبر من المتوقع (الجنين العرطل ، الحمل التوأمي، الاستقصاء الأمينوسي، الخطأ في تقدير العمر الحملي).

الاختلاطات:

- الاختلاطات الطبية الشائعة : فقر الدم ، الخمج ، اعتلال التخثر ، فرط نشاط الدرق ، ارتفاع الضغط المحرض بالحمل أو ما قبل الإرجاج .
- متلازمة الضائقة التنفسية : الانصمام بالأرومة الغاذية ، الاختلاطات القلبية الرئوية للعاصفة الدرقية و ما قبل الإرجاج و الإعاضة المفرطة بالسوائل .
- الرحى الناكسة : ١-٢%.

- الرحى الغازية : ١٥% من المريضات و السرطانة المشيمائية في ٥% من الحالات .

> يجب مراقبة مريضة الرحى العدارية بعد التشخيص و العلاج تقريباً لمدة سنة لأنه من الممكن أن تتحول لرحى عدارية غازية أو سرطانة مشيمائية.

الرحى العدارية الغازية:

- تسمى أيضاً الرحى المخترقة . تمثل الشكل الأكثر شيوعاً لورم الأرومة الغاذية الحملية المستمر بعد الرحى العدارية .
- حيث توجد الزغابات المشيمائية الخزبية ضمن العضلة الرحمية أو فضاءاتها الوعائية ، أو في أمكنة بعيدة (الرئتين ، المهبل ، الفرج ، الرباط العريض).
- يوضع التشخيص من دراسة عينة الرحم المستأصل .
- لا يفوق خطر تطور السرطانة المشيمائية هنا عنه في الرحى الكاملة : أي إذا حدثت الرحى العدارية الغازية فإن احتمال حصول سرطانة مشيمائية ٥%.

التطور :

- الرحى العدارية الكاملة : بعد إفراغ الرحى يحدث الاستمرار في ١٥ % من الحالات و تحصل الانتقالات في ٥% من الحالات .
- العلامات التي توحي بخطورة عالية عند وضع التشخيص:
  - مستوى B-HCG أكثر من ١٠٠ ألف وحدة دولية في الليتر.
  - ضخامة رحمية مفرطة .
  - كيسات لوتئنية قرابية يزيد قطرها عن ٦ سم.
- إن المتقدمات بالسن لديهن خطر متزايد لحدوث ورم الأرومة الغاذية الحملية التالي للرحى.
- الرحى العدارية الجزئية: في ٢-٣% من الحالات يتطور ورم مستمر.

المعالجة:

بعد التشخيص تخضع المريضة لتقييم دقيق للبحث عن الاختلاطات و يكون العلاج إما بـ :

- ✓ التجريف بالممص(قياس ١٢ غالباً) و هو الطريقة المفضلة لإفراغ الرحى لدى اللاتي يرغبن بالاحتفاظ بالإخصاب ، يجب إعطاء الأوكسيتوسين أثناء السحب لتجنب ثقب الرحم و حدوث النزف ، و يجب أن يعطى الغلوبولين المناعي الخاص ب RH لسلبيات الRH لأن خلايا الأرومة الغاذية تعبر عن العامل D الخاص بـRH.
- ✓ استئصال الرحم: إذا كانت المريضة راغبة بإجراء التعقيم الجراحي و يستأصل الرحم و الرحى بمكانها .
- ✓ المعالجة الكيميائية الوقائية : شوط واحد من الأكتينومايسين D أو الميتوتركسات وقت الإفراغ للوقاية من حدوث النقائل.

المتابعة:

- بعد إفراغ الرحى تعاير مستويات B-HCG أسبوعياً حتى تصبح قيمتها طبيعية لثلاث مرات متتالية ثم شهرياً لمدة ستة أشهر متتالية، تقدر الفترة الزمنية لعودة B-HCG إلى القيم الطبيعية بتسعة أسابيع تقريباً بعد الإفراغ .
- يجب منع الحمل بطريقة فعالة (موانع الحمل الفموية) طيلة فترة المتابعة (سنة تقريباً) و لا يستخدم اللولب عادة لأن احتمال ثقب الرحم عادة يكون عالياً أثناء وضعه ضمن الرحم.
- يسمح بالحمل بعد سنة .
- فحص فيزيائي كل أسبوعين حتى حدوث الهجوع.
- وظائف الكبد والكلية و صورة صدر بسيطة لكشف وجود نقائل .

استطبابات المعالجة الكيميائية:

- ارتفاع HCG (التضاعف خلال أسبوعين)
- اتخاذ مستويات HCG شكل الهضبة خلال ٣ أسابيع .
- اختبار إيجابي بعد كونه سلبي .
- علامات النقائل.



نزوف أشهر الحمل الأخيرة:

هو النزف الذي يحدث من السبيل التناسلي بعد الأسبوع عشرين من الحمل و في أثناء المخاض قبل ولادة الجنين أما كل نزف يحدث بعد ولادة الجنين هو نزف خلاص.

الأسباب:

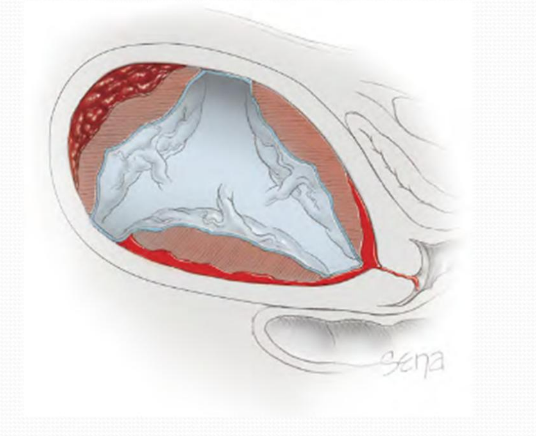
- توليدية
  - والدية : الانفكاك المشيمي الباكر Placentae abruptio يمثل السبب الأكثر شيوعاً، المشيمة المنزاحة Placentae previa ، تمزق الرحم ، العلامة الدموية مفرطة الكمية bloody show.
  - جنينية: الوعاء المتقدم على المجيء Vaso previa.
- غير توليدية: ٥% تعود لسبب موضعي في السبيل التناسلي كبوليب عنق الرحم و تآكل عنق الرحم و سرطانة عنق الرحم

انفكاك المشيمة الباكر Placentae Abruptio :

- بالتعريف هي انفكاك المشيمة المرتكزة ارتكازاً نظامياً قبل ولادة الجنين وهو أشيع أسباب نزوف الأشهر الأخيرة بعد النزف مجهول السبب
- ١-٢٠٠ ولادة

السببيات:

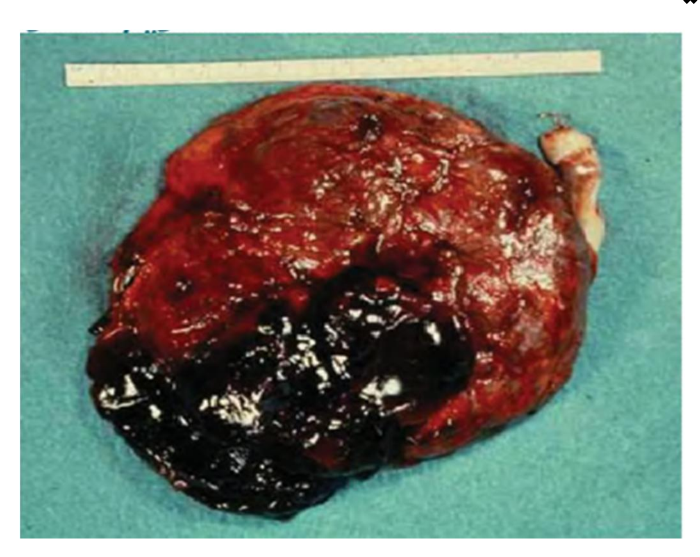
- السبب الرئيسي لحدوث الانفكاك الباكر غير معروف لكن لوحظ ترافقه مع حدوث الحالات التالية:
  ١. ارتفاع الضغط المزمن أو المحرض بالحمل
  ٢. التعرض لرض خارجي
  ٣. التدخين
  ٤. الكوكائين





٥. قصر الحبل السري: ممكن أثناء حركة الجنين أن يشد المشيمة ويؤدي لانفكاكها

٦. قصة انفكاك سابق : إذ تبلغ نسبة النكس ٥-١٧% بعد قصة انفكاك سابق واحد و ٢٥% بعد حدوثه مرتين في حملين سابقين



٧. صغر حجم الرحم المفاجئ: بعد افراغ الحمل التوأمي – انبثاق الأغشية الباكر المزمن موه السلى

٨. ضغط الرحم الحامل على الوريد الأجوف السفلي

٩. تشوه رحمي خلقي

١٠. حالات العوز الغذائي

١١. ارتفاع سن الأم وتعدد الولادات

ورم دموي بين الغشاء الساقط و المشيمة يحصل بسبب تمزق وعاء أو بسبب رضي يكبر ويؤدي لانفصال المشيمة عن الجدار

أنماط الانفكاك الباكر تبعاً للنزف :

١. النزف الظاهر (بسيط الدرجة): الأكثر شيوعاً يحدث عند انفصال كامل المشيمة عن الرحم مما يؤدي لنزف غزير وعدم وصول الأوكسجين والغذاء للجنين ← تألم الجنين ← موته ، وقد يؤدي لحدوث صدمة عند الأم

٢. النزف الخفي (شديد الدرجة): أقل حدوثاً وأشد خطورة بزيادة خطورة ال DIC ولصعوبة تقييم كمية لنزف



يحدث في حالات :



- عند تسرب الدم خلف المشيمة مع بقاء حوافها ملتصقة بالرحم
- المشيمة مفصولة كلياً ولكن الأغشية ملتصقة بالرحم
- الدم يمر الى الجوف السلوي بعد احداثه شرخاً في الأغشية



- رأس الجنين منطبق على القطعة السفلية بشكل محكم فيمنع الدم من الخروج

٣. **النمط المشترك :** بدء خفي وتحول لظاهر

التشخيص :

- **القصة :** سوابق انفكاك – ارتفاع توتر شرياني – رض على البطن – التدخين – انبثاق أغشية باكر← يؤدي لتقبض الرحم بسرعة وربما حصل انفكاك.
- **علاقة النزف مع الخطورة :** من الممكن أن يكون النزف الغزير الظاهر غير خطير ولا يؤثر على الجنين بشكل كبير مثلاً عند انفكاك جزء فقط من المشيمة
- **الأمواج فوق الصوتية :** يساعد في تشخيص الانفكاك في ٢٥% من الحالات لكن سلبيته لا تنفي ، ينفي المشيمة المنزاحة ، تحديد مجيئ الجنين ، دقات قلب الجنين و تقدير عمر الحمل ووزن الجنين

ملاحظة :

في نزوف الأشهر الأخيرة ؛ القاعدة هي إجراء ايكو قبل فحص المريضة لأنه في حال وجود مشيمة منزاحة ممنوع إجراء مس مهبلي وتنظير مهبلي لأنه يسبب نزف غزير من الممكن أن يكون قاتل

- **الفحوص المخبرية :** زمرة الدم والتصالب Fibrinogen – PTT – PT – CBC لنفي أو تشخيص CDI..... KLEIHRUER-BETKE وهو اختبار هام يشخص وجود كريات دم الجنين ضمن دوران الأم والنزف الجنيني الولادي وخاصة عند سلبيات الRH لإعطاء الD anti، **ويوجد اختبار غير مستخدم غالبا يدعى APT** يميز إن كان الدم النازف جنيني أو والدي حيث نضيف NaoH لعينة الدم ونرشحه :
  - إذا بقي أحمر اللون ← الدم جنيني لأنه مقاوم للتغيرات التي يحدثها NaOH
  - إذا أصبح أصفر أو بني ← دم والدي



ملاحظة :

☒ السبب الوحيد للنزف الجنيني هو تمزق الوعاء المتقدم على المجيء
☒ صورة الإيكو : تظهر الورم الدموي

الأعراض و العلامات :

- النزف المهبلي ٨٠% من الحالات : بني داكن بينما النزف في المشيمة المنزاحة أحمر قانئ
- الألم : وهو عرض ثابت ، مضض رحمي وألم أسفل الظهر – ألم شديد يشبه طعنة الخنجر – تقلصات عالية التوتر مع فرط مقوية الرحم وبطن قاسي
- التألم الجنيني أو موت الجنين : تباطؤات متأخرة وغياب التغايرية.

الأعراض: ذات بدء مفاجئ، نزف بني داكن

العلامات : العلامات الحيوية ، النبض ، المقوية الرحمية (في الانفكاك يكون تواتر التقلصات عالي ومقوية الراحة عالية (رحم خشبي) يشاهد في حال النزف الخفي عادةً ، ارتفاع قعر الرحم

النزف الخفي

الأعراض :

ألم بطني مفاجئ وقد توجد قصة رض أو ما قبل الإرجاج

العلامات :

- الفحص العام: علامات الصدمة والنزف الداخلي (من الممكن أن تنزف ٢ L) – علامات ماقبل الإرجاج إن وجدت
- الفحص البطني:

١. حجم الرحم أكبر من المتوقع مع ازدياد تدريجي الحجم
٢. الرحم ممضة جداً وقاسية القوام (خشبية)

٣. لا يمكن الشعور بأجزاء الجنين

٤. لا تسمع دقات قلب الجنن أو تبدي نموذج تألم جنيني

- الفحص المهبلي : لا يوجد نزف مهبلي

الاختلاطات :

اختلاطات والدية :

- الصدمة : نزفية وعصبية بسبب تمطط مصلية الرحم ، لذلك مباشرة فتح وريد ونبدأ بتعويض السوائل ونقل الدم ويفضل الدم الطازج
- اعتلالات التخثر الاستهلاكي DIC: يمثل انفكاك المشيمة الباكر السبب التوليدي الأكثر شيوعاً لحدوث اعتلال التخثر الاستهلاكي أثناء الحمل وخاصة الخفي حيث تحرض آليات التخثر في الأوعية وخاصة الصغيرة و يتحرض البلازمينوجين ويتحول لبلازمين ويحل الخثرات ،أي تتكرر آلية (تخثر-انحلال) مما يؤدي لنقص بحالات الخثرات ويتطاول زمن PTT وتنقص الصفيحات وعوامل التخثر
- احتشاءات الأعضاء البعيدة : بسبب نقص الوارد الدموي (نقص بالنتاج القلبي و التشنج الوعائي على المستوى الموضع) يحصل قصور كلوي حاد ولذلك نقوم بإعاضة السوائل (يجب أن يكون لدينا صبيب بولي ٣٠ml بالساعة) ونرفع الضغط الدموي حتى نتجنب حدوث قصور كلوي
- حدوث التنخر في الفص الأمامي للغدة النخامية يؤدي الى حدوث متلازمة شيهان

٤. السكتات الرحمية المشيمية (رحم كوفلير): يرتشح الدم ضمن العضلية الرحمية وتحت المصلية (ومن الممكن تحت مصلية الرباط العريض للبوقين وأيضاً من الممكن أن نجد دم في البطن عبر البوقين) وهذا يخفف قدرة الرحم على الانقباض لكنه يستجيب بشكل جيد لمقبضات الرحم ونادراً ما نضطر لاستئصال الرحم (١%من الحالات)

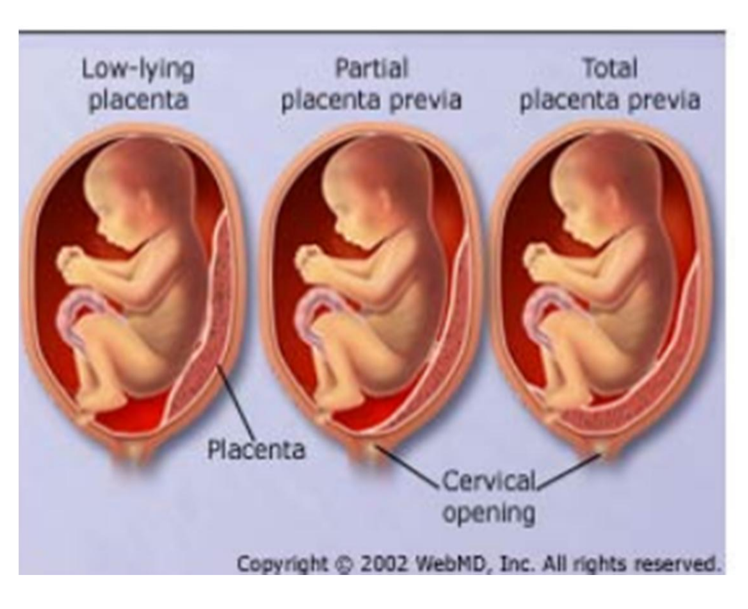
اختلاطات جنينية:

- زيادة الوفيات ما حول الولادة
- فقر الدم عند الوليد
- الخداج
- الاختناق (السبب الأكثر شيوعاً للوفيات)

التدبير

- وفقاً لحالة الأم والجنين: وفي أي مفاضلة بين الأم والجنين .....الأم أولاً
- بتطور النزف الكتلي عند الأم : انهاء حمل مباشر بغض النظر عن عمر الحمل ونقل دم وسوائل
- عندما يكون النزف خفيف أو متوسط : <u>تحدد حالة الجنين التدبير اللازم:</u>
  - جنين غير ناضج دون تألم ووجود نزف خفيف غير مهدد للحياة ؛ المعالجة تكون بالمراقبة اللصيقة والتدخل بشكل فوري عند أي طارئ
  - تألم الجنين (النزف الولادي والجنيني وفرط مقوية الرحم) يكون العلاج: نقل دم وسوائل واعطاء الأوكسجين والولادة الفورية وتكون بالقيصرية
  - إذا كان الجنين ميتاً تكون الولادة مهبلية مالم يكون هناك مضاد استطباب أو ترقي نزف غزير غير مسيطر عليه
- بثق الأغشية: في أبكر وقت ممكن لتسريع ولادة الجنين الحي الناضج (مخاض)
- معالجة النزف ونقص الحجم
- استئصال الرحم في حالات قليلة

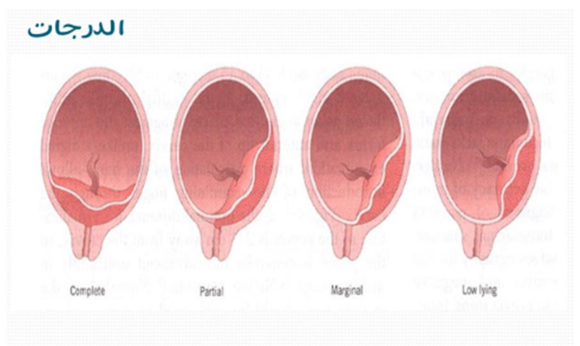
المشيمة المنزاحة Placenta Previa:



- انغراس المشيمة في القطعة السفلية للرحم تحت جزء المجيء الجنيني
- ١من ٢٠٠-٢٥٠ ولادة وهي أكثر حدوثاً عند عديدات الولادة منها عند الخروسات (بحوالي ٨ مرات)
- مجهول السبب لكنها تترافق مع :
  - ✓ ازدياد عمر الوالدة
  - ✓ تعدد الولادات

✓ وجود ندب سابقة على الرحم وتصل حتى ١٠% عند من لديهن سوابق أربع قيصريات ،حيث تزداد نسبة حدوث المشيمة المندخلة و المخترقة
نسبة التكرار ما بين ٤-٨%

الدرجات : (أربع درجات)



١. المشيمة ذات الارتكاز الواطئ (قريبة لكن لا تصل للفوهة الباطنة لعنق الرحم (درجة ١)
٢. المشيمة المنزاحة الهامشية (تصل للفوهة الباطنة لعنق الرحم لكن لا تغطيها) (درجة ٢)
٣. المشيمة المنزاحة جزئياً تغطي جزء من الفوهة الباطنة لعنق الرحم (درجة ٣)
٤. المشيمة المنزاحة كلياً تغطي كامل الفوهة الباطنة لعنق الرحم (درجة ٤) (المشيمة المركزية)

هنا تكون الولادة قيصرية إلا بالدرجة ١ حيث من الممكن أن تكون طبيعية

المجيء مقعدي حيث تكثر المجيئات المعيبة مع المشيمة المنزاحة

الإمراض :

- اتساع العنق وتشكل القطعة السفلية يؤدي الى تفرق اتصال المشيمة مع الرحم وتمزق الأوعية الرحمية ونزوفها
- وكلما كانت شدة المغص أكبر كان النزف أكبر

التشخيص

الأعراض:

- العرض الأكثر شيوعاً هو حدوث نزف مجهول السبب وغير مصحوب بالألم ولا يظهر إلا بالقرب من نهاية الثلث الثاني أو بعده
- لون الدم أحمر قانئ عادة
- الهجمة الأولى عادة غير مهددة للحياة وناكسة وكلما ازداد حدوثها كان الخطر أكبر

- ذروة الحدوث في الأسبوع الحملي ٣٤
- نزف بعد الولادة من مكان انغراس المشيمة بسبب الارتكاز على القطعة السفلية غير القادرة على التقلص بشكل جيد والسطح الواسع للارتكاز

العلامات :

- تتناسب الحالة العامة مع كمية النزف المهبلي الظاهر
- تزداد المجيئات المعيبة كالمقعدي أو الكتفي
- التصوير بالأمواج الصوتية : هي الطريقة الأسهل و الأكثر أماناً في تحديد موقع المشيمة بدقة ٩٨%

التدبير

- **المريضات بدون مخاض مع جنين غير ناضج:** نراقبها ونؤمن الدم في حال احتجنا لنقل الدم ونرى الزمرة ونعطي AntiD إذا كانت بحاجة ونعطي سوائل وحديد لرفع الخضاب لمقاومة أي هجمة نزف أخرى وعند نضج الجنين تتم الولادة
- **المريضات بدون مخاض مع جنين ناضج :** لا مبرر للاستمرار بالحمل لذلك ننهيه
- **المريضات بحالة مخاض :** ننهي الحمل بعملية قيصرية
- **المريضات المصابات بنزف غزير:** يستدعي افراغ الرحم بغض النظر عن نضج الجنين

✓ الولادة قيصرية لأنها تساعد على تقليل النزف ولكن من الممكن في حالة المشيمة الواطئة مع مجيئ رأسي أن تكون الولادة طبيعية

✓ يزداد خطر حدوث المشيمة الملتحمة Placenta accreta إذا توضعت المشيمة على الجدار الأمامي فوق ندبة سابقة على الرحم

الاختلاطات

والدية :

١. صدمة نزفية
٢. المشيمة الملتحمة أو المندخلة أو المخترقة



٣. الانتان النفاسي : بسبب قرب مكان ارتكاز المشيمة على المهبل وما يحويه من جراثيم

٤. النزف بعد الوضع يسبب :

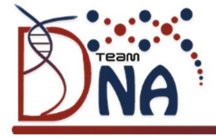
- ✓ ضعف قدرة القطعة السفلية على التقلص و الانكماش
- ✓ العطالة الرحمية
- ✓ تمزق العنق والقطعة السفلية
- ✓ المشيمة الملتحمة
- ✓ اتساع مكان انغراس المشيمة

جنينية :

- الخداج وهو السبب الرئيسي للوفيات ما حول الولادة
- الاختناق
- ازدياد نسبة حدوث الوفاة حول الولادة

الاختلافات	المشيمة المنزاحة	انفكاك المشيمة الباكر
النزف	أحمر قاني بدون ألم و بدون سبب و ناكس	بداية مفاجئة لنزف بني داكن مصحوب بألم و قد تكون هنالك قصة رض أو ماقبل ارجاج
الفحص العام	• تتعلق الحالة العامة بكمية الدم الضائعة لأن النزف ظاهر للعيان • علامات ماقبل الارجاج ليست موجودة بالضرورة	• تتعلق الحالة العامة بكمية الدم المفقودة في الشكل الظاهر، و ليس في النمط المختلط • قد يوجد ماقبل الارجاج
الفحص البطني	قد تلاحظ مجيئات معيبة عادة الرحم لينة غير ممضة	لا توجد علامات وصفية في النمط الظاهر، و في النمط المختلط تكون الرحم ممضة بشدة وقاسية القوام و FHR يظهر تألم الجنين أو موته
الفحص المهبلي	• ممنوع اجراء المس المهبلي	• الدم عادة بني غامق اللون • لا يشعر بوجود المشيمة في

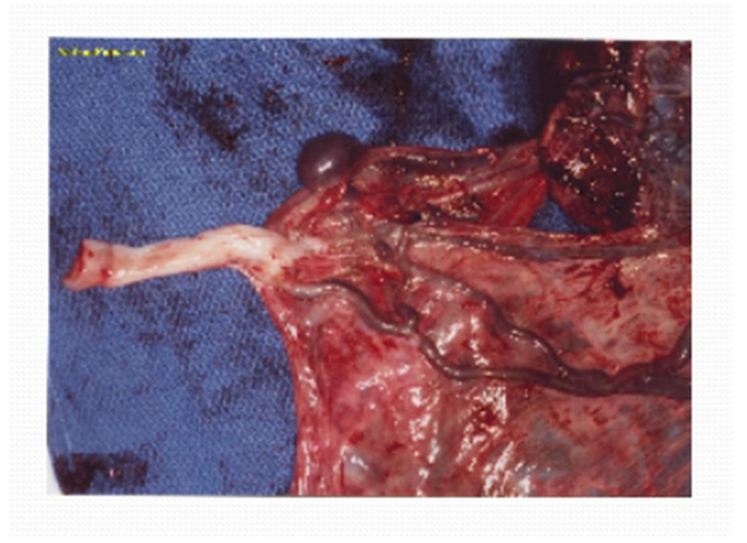


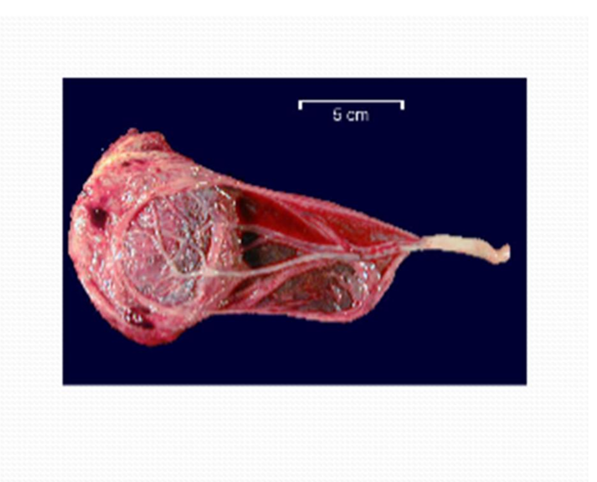



	• الفحص الحذر بالسبيكيلوم يظهر دم بلون أحمر فاتح	القطعة السفلية
US	المشيمة مرتكزة على القطعة السفلية	المشيمة موجودة في القطعة العلوية

الوعاء المتقدم على الجنين vasa previa

- حالة نادرة تسير فيها الأوعية السرية في الأغشية بحيث تمر فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم
- الانغراس المظلي للحبل السري مع المشيمة المتشظية وذات المسكنين
- هذه الحالة تمثل السبب الوحيد للنزف من منشأ جنيني قبل الوضع
- ١ لكل ٥٠٠٠ ولادة

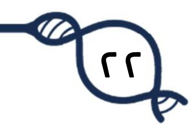




التشخيص

قبل انبثاق الأغشية :

- بالفحص المهبلي : يمكن أن يشعر الفاحص بنبضات الأوعية
- الإيكو : نبحث عنه في حال اكتشاف وجود فص مشيمي إضافي أو كون المشيمة ذات مسكنين (نجري إيكو دوبلر مهبلي)

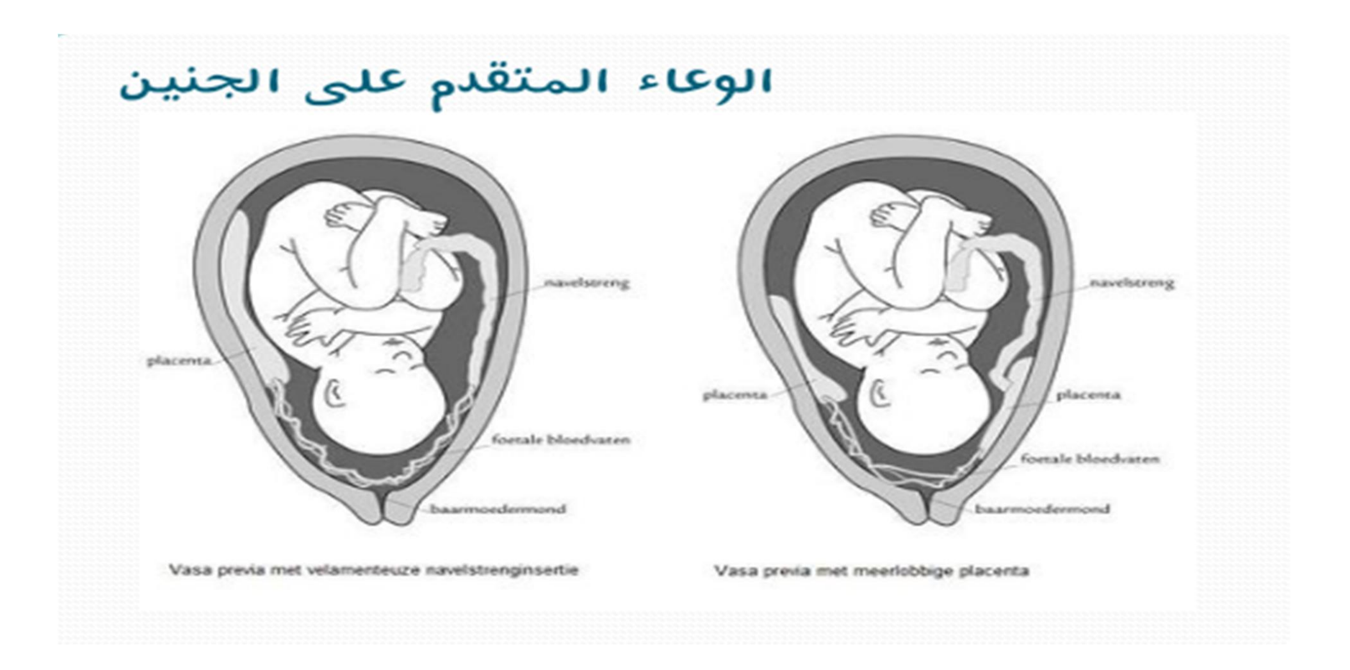


بعد انبثاق الأغشية :

- نزف مهبلي مصحوب بتألم جنيني

المعالجة :

- هو حالة اسعافية خطيرة تستدعي القيصرية
- الولادة المهبلية في حال اتساع أو امحاء تامين مع إمكانية تطبيق الملقط أو المحجم و إجراء الولادة السريعة
- نسبة وفيات الأجنة ٥٠-٧٥%



ملاحظة:

يجب أن نفحص المشيمة جيداً بعد خروجها للتأكد من عدم وجود فص مشيمي منسي

حالة سريرية (١) :

١. مريضة بسن نشاط تناسلي قدمت للإسعاف بقصة نزف كيف نقارب المريضة؟

أول سؤال يجب أن نسأله : هل هي متزوجة أو لا في حال كانت متزوجة يجب أن يبقى في ذهننا أمرين رئيسيين (القصة الطمثية- عوامل الخطورة النزفية)

القصة الطمثية :

- الدورة منتظمة ؟
- هل يوجد حمل
- زمن آخر طمث
- هل لديها أولاد (طريقة الولادات السابقة قيصرية أم طبيعية)
- هل حدث اسقاطات سابقة أو ولادات باكرة أو هل كان لديها رحى عدارية

عوامل الخطورة :

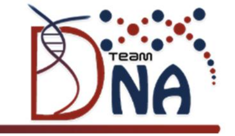
- التدخين : عامل خطر للحمل الهاجر
- القيصرية والعمليات على البطن← التصاقات وحمل هاجر

ونسأل أيضاً عن وسائل منع الحمل : إذا كانت المريضة تضع لولب وخاصة لولب البروجسترون ووجدنا أنها حامل وتنزف ←إما حمل هاجر أو ‘سقاط

ثم نسأل عن طبيعة النزف : (غزير – كتلي – لونه – قوامه – هل يحوي حويصلات – هل و مصحوب بألم ؟

- ✓ ألم في أسفل الظهر ماغص أو في الناحية الخثلية ← غالباً ذو منشأ رحمي
- ✓ ألم في الحفرة الحرقفية اليمنى أو اليسرى ← نفكر بالحمل الهاجر
- ✓ المريضة واعية أو فاقدة للوعي فمثلاً من الممكن أن يكون النزف الخفيف لدى مريضة فاقدة للوعي ناجم عن تمزق حمل هاجر
- ✓ في حال الشك بالحمل يجب أن نثبته وذلك باختبار الحمل البولي (في العيادة): ثم نجري إيكو مهبلي في حال كان اختبار الحمل (إيجابي) و الإيكو سلبي ← نشك بالحمل الهاجر أو الإسقاط التام (إذا كانت المريضة تنزف منذ مدة من الممكن أن يكون خرج محصول الحمل)

بعدها نطلب B-HCG الدم فمثلاً:



- إذا كانت قيمته بين ٧٠٠-٨٠٠ غالباً لا يمكن رؤية الحمل لذلك نعايره كل يومين لنثبت الحمل
- إذا كان النزف غزير وكتلي مع خثرات نشك بالإسقاط
- أما إذا كان ٥٠٠٠ فرضاً و الرحم فارغ ← احتمال الحمل الهاجر كبير جداً
- إذا كان لدينا على الإيكو محتوى متغاير الصدى (بقايا من الحمل)← إجهاض ناقص
- إذا كان الرحم فارغ + 3000 BHCG ← نشك بالإجهاض التام ونعيد اختبار ال BHCG كل يومين ، يجب أن تقل قيمته مع وضع مستقر للمريضة وعلامات حيوية جيدة

الملخص :

✓ في قصة النزف عند الشك بالحمل يجب إثباته إما بالاختبار البولي أو الدموي

✓ إيكو مهبلي :

- رحم فارغ + B-HCG مرتفع ← حمل هاجر ، B-HCG منخفض نعيد الاختبار كل يومين
- رحم يحوي حمل ← إجهاض ناقص أو تهديد إجهاض

حالة سريرية (٢) :

في حال أتت مريضة انفكاك مشيمة مع ضغط طبيعي ، هذا لا ينفي أن تكون بحالة صدمة من الممكن أن تكون مريضة ما قبل إرجاج أيضاً أ ضغطها مرتفع و انخفض بسبب النزف لحدوده الطبيعية لذلك يجب أن نجري اختبار البيلة البروتينية لنفي ماقبل الإرجاج

